

(様式第1号)

川西市産前・産後ヘルパー派遣事業 利用申請書

川西市長 あて

申請日		年 月 日				
対象者 (妊産婦)	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日生 () 歳	
	住所	〒 — 川西市		利用可能な駐車(輪)場 無・有 ()		
	日中連絡の取れる連絡先	緊急 連絡先	氏名	続柄		
	—	—	電話	—		
妊娠中の方のみ記載	(出産予定日)	年 月 日	母子健康手帳番号：			
世帯構成 (対象者除く)	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考(疾患等記載)	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 下記以外の世帯 <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯・生活保護世帯					
申請理由	<input type="checkbox"/> 体調不良等により家事または育児が困難であり、日中に親族等の協力者がいないため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用希望 日時等	開始希望日： 年 月 日から 希望曜日： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 曜日指定なし 希望時間帯： () 希望利用頻度： <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望する支援内容に☑をつけてください。	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け ※除去が必要な食材 ⇒()			育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳の介助
		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び簡単な補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 () ※申請者が日常的に行っている家事に限ります。				<input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> きょうだい児の世話 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 () ※保育園等への送迎や保育はできません。 ※病児保育・病後児保育は対象外です。

※裏面も記入してください。

川西市産前・産後ヘルパー派遣に関する同意書

- 自己負担額の決定について、世帯に属する住民税を川西市が閲覧すること
また、上記課税情報が得られない場合は、申請者が課税証明できる書類を提出すること
- 産前・産後ヘルパー派遣を利用するに当たり、自己負担額を期日内に支払うこと
- 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに事業所に連絡をすること
また、上記の連絡が決められた期日内に行えなかった場合は、キャンセル料を支払うこと
キャンセル規定（川西市産前・産後ヘルパー派遣要綱第16条の規定）について
 - 利用の辞退を、利用する当日に申し出た場合又は申し出がなかった場合 利用料の全額
 - 利用日前日の正午以後の申し出の場合 利用料の半額

※キャンセルに伴う、利用回数の増減はありません。
 ※減免世帯であっても、キャンセル料については支払いが必要です。
 ※市が定める金額・方法により、指定期日までにお支払ください。
- 利用にあたって、市と事業者、関係機関が相互に情報提供すること

上記4点すべてにおいて同意し、遵守することを誓約いたします。

年 月 日 申請者氏名 _____

※記入頂いた内容は、健康・育児相談・その他母子保健および育児支援業務のために川西市で管理いたします。

【川西市 記入欄】 以下は記入しないでください。

利用承認	承認 ・ 不承認
利用料	1,500円／2時間 ・ 800円／2時間 ・ 自己負担なし
利用可能時間／回数	50時間／25回 ・ 100時間／50回
派遣事業者	
備考	